

ВЕСТНИК



Московского
Онкологического
Общества

«ОСНОВНЫМ И ЕДИНСТВЕННО РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ
ЛЕЧЕНИЯ ВНЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЕЙ
ЯВЛЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ – БОЛЬШИНСТВО ЭТИХ НОВО-
ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ЛУЧЕВОМУ
ВОЗДЕЙСТВИЮ И ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ»

Энциклопедия клинической онкологии, 2004.

Интернет: www.ronc.ru // www.oncology.ru // www.elibrary.ru // www.oncodome.narod.ru

№ 4
(597)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2013
АПРЕЛЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 597

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **25** АПРЕЛЯ 2013 г., в 17.00

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ КЛИНИКИ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им. Н.Н.БЛОХИНА

ПОВЕСТКА ДНЯ:

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИИ ВНЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Доклад: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИИ И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА
ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ВНЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЯХ

Вашакмадзе Л.А., Черемисов В.В., Хомяков В.М.

(МНИОИ им. П.А. Герцена; директор – чл.-корр. РАМН, проф. А.Д. Каприн)

Доклад, видеофильм: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ЗАБРЮШИНЫХ САРКОМ

Стилиди И.С., Никулин М.П., Губина Г.И., Давыдов М.М., Меликов С.А., Назлиев П.Б., Болотский В.В.

(РОНЦ им. Н.Н. Блохина)



ОБЗОР СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ

СОСТОЯНИЕ и ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕОРГАНЫМИ ЗАБРЮШИНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Внеорганные забрюшинные опухоли развиваются из различных тканей забрюшинного пространства (и малого таза). По гистогенезу определяются опухоли мезодермального происхождения, опухоли нейrogenной природы, опухоли из эмбриональных остатков. Для определения опухолей мезодермального происхождения предложен рациональный термин «мезенхимомы». В этой группе часто встречаются липомы, липосаркомы; реже – фибромы, фибросаркомы, лейомиомы, лейомиосаркомы, рабдомиобластомы, ангиомы, миксомы... Характерная микроскопическая особенность этих новообразований – тканевая многокомпонентность. Мезенхимомы чаще являются злокачественными; малигнизации могут подвергаться один или несколько компонентов опухоли. К опухолям нейrogenной природы относятся новообразования из нервных оболочек (нейрофибромы, невриномы, шванномы), и ганглиев (нейробластомы и др.). Опухоли из эмбриональных остатков представлены новообразованиями из гетеротопической ткани коры надпочечников и хромафинной ткани. Поскольку внеорганные забрюшинные опухоли представлены обширным набором клинико-морфологических вариантов для точной гистологической диагностики требуется большое количество материала из разных участков опухоли.

Клинические проявления внеорганных забрюшинных опухолей неспецифичны и определяются поражением органов, нервов, сосудов, вовлекаемых в процесс вторично. Кроме того, клинические проявления в значительной мере обуславливаются локализацией процесса – от диафрагмы до малого таза включительно. Заболевание характеризуется длительным бессимптомным периодом что объясняется ростом опухоли в рыхлой забрюшинной клетчатке и смещаемостью близлежащих органов. Внеорганные забрюшинные опухоли (злокачественные), редко метастазируют, но обладают высокой склонностью к рецидивам (15,4 и 54,9% соответственно).

Совершенствование диагностики внеорганных забрюшинных опухолей достигается благодаря применению комплекса диагностических мероприятий. УЗТ, КТ, МРТ определяют локализацию, размеры новообразования, его соотношение с окружающими тканями. Применение рентгеноконтрастных методов (КТ-АГ) позволяет выявлять нарушения ангиоархитектоники и васкуляризации, повышает точность диагностики.

(Продолжение – см. с. 2.)

СОСТОЯНИЕ и ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕОРГАНЫМИ ЗАБРЮШИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Прямые АГ признаки внеорганных забрюшинных опухолей характеризуются расширением кровоснабжающих опухоль артерий, выявлением собственно опухолевых «патологических» сосудов; накоплением контраста в массиве опухоли. Косвенные АГ признаки характеризуются смещением и сдавливанием артериальных стволов и паренхиматозных органов.

Основным и единственно радикальным методом лечения первичных внеорганных забрюшинных опухолей, независимо от морфологической характеристики, является хирургический, поскольку большинство этих новообразований малочувствительны к лучевому воздействию и лекарственному лечению.

Операции по поводу забрюшинных опухолей относятся к числу технически сложных, что обусловлено как анатомическими особенностями, так и нередко возникающей необходимостью резекции близлежащих органов и крупных сосудов. Наиболее часто вместе с опухолью приходится удалять почку, выполнять резекцию толстой кишки, спленэктомию, др. ... Вовлечение в опухоль магистральных сосудов создает дополнительные трудности, требующие их перевязки или резекции, замены искусственными трансплантатами.

Рецидивы после удаления внеорганных забрюшинных опухолей возникают часто и проявляются в 70-75% случаев в первые два года жизни. Как показывает опыт, повторные операции позволяют продлить жизнь большинству больных. Необходимость повторной операции определяется временем, прошедшим после первой операции и морфологической структурой опухоли. С каждым рецидивом возможно усиление морфологических признаков малигнизации. Чувствительность рецидивной опухоли к другим методам лечения достаточно низка.

Прогноз при забрюшинных злокачественных опухолях следует признать неудовлетворительным.

По материалам проф. В.Ю.Сельчука.

(Глава в книге: «Энциклопедия клинической онкологии». М. 2004)

МАТЕРИАЛЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА; ЗАСЕДАНИЕ 593 (13 декабря 2012 г.)

Лекция:

Михаил Израилевич ПЕРЕЛЬМАН

**МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ И ПЕРСОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ**

Конспект выступления в РОНЦ им. Н.Н.Блохина (13.12.2012)

Стандарты жизненно необходимы. К проблемам стандартизации обращались многие известные лица, включая выдающихся ученых и государственных деятелей. История стандартизации в России начинается со времен Ивана Грозного, который установил стандарт диаметра пушечного ядра, и эпохи Пётра I – автора указов о стандартах вооружения, судостроения; мер и весов (сажень и фунт; 1845). Историю стандартизации продолжили Д.И.Менделеев (учреждение палаты мер и весов; 1893), а также несколько поколений руководителей Российской Федерации. Они утвердили переход к международной системе мер и весов (метр и килограмм; 1918); учредили Комитеты по стандартизации (ОСТ; 1925 и ГОСТ; 1940). Среди документов современности – Постановление Совмина СССР о стандартизации (1990), Закон РФ о стандартизации (1993), Закон о техническом регулировании для вступления в ВТО (2002). Стандарты медицины нашли отражение в «Программе создания и развития стандартизации в здравоохранении (1998)», разработанной Минздравом РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС), Госстандартом РФ. В Программе систематизированы классификации специальностей, протоколы ведения больных, формулярный справочник, технология «простых» услуг, терминология, таблицы оснащения, лицензирование, аккредитация и сертификация. Эти разработки затем были закреплены в Приказе Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 19 января 1998 г. № 12/2: «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении». Приказ подписан Министром здравоохранения РФ Т.Б.Дмитриевой совместно с Исполнительным директором Федерального фонда ОМС В.В.Гришиным.

Несомненно, в медицине необходимо стандартизировать техническое оснащение, лекарственные средства, метрологию, терминологию, типовую документацию, условные обозначения, принципы безопасности труда. Среди стандартов нашли применение: стандарт «минимальный», «идеальный», «опережающий», «медико-экономический», также как и стандарты «международный» и «национальный». Национальный (Федеральный) перечень, в свою очередь, дополняется территориальными стандартами, стандартами учреждений и стандартами медицинских обществ.

Однако, в медицине невозможно стандартизировать качество диагностики и лечения, уровень развития науки и организации здравоохранения, возможности учреждения и квалификацию врача. Не создано стандартов ухода «выхаживания» пациентов, деонтологического содержания медицинской работы. Между тем, повышенное внимание к стандартам диагностики и лечения обусловлено коммерциализацией медицины, трансформацией отношений пациента и врача по типу «потребитель и продавец услуги», необходимостью финансовой экономии, учёта и контроля, потребностью в юридической защите.

Как и стандартизация, качественная оценка медицины, оценки состояния диагностики и лечения имеют свою, не менее длительную историю. Еще в древние времена утверждалось, что медицина – это искусство, и даже более искусство, нежели наука.

**Заседание 593**

Московского онкологического общества.

**«ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

РОНЦ им. Н.Н.Блохина,

13 декабря 2012 г.

Президиум научного собрания:

Директор РОНЦ, академик РАН и РАМН, проф. М.И.Давыдов; академик РАМН, проф. М.И.Перельман, председатель Московского онкологического общества, академик РАН, проф. М.Р.Личиницер, директор НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ, академик РАМН, проф. М.Д.Алиев.

Цитируем великого врача эпохи Возрождения – Парацельса (1493-1541): *«Медицина есть более искусство, нежели наука. Знание и опыт других могут быть полезны для врача. Но все знания мира не сделают человека врачом, если нет у него необходимых способностей и ему не назначено природою быть врачом»*. Продолжая цитаты: Петровский Борис Васильевич (1908-2004) Академик, Министр здравоохранения СССР с 1965 по 1980 г.: «Если я, не дай бог, заболел – не лечите меня по стандарту». Мешалкин Евгений Николаевич (1916- 1976). Выдающийся кардиохирург. «Стандарты нужны врачам, которые не хотят думать... или которым нечем думать».

Отметим итог исторических размышлений. Медицина – это и наука, и искусство. В медицине необходимы неподдающиеся стандартизации знания, навыки, опыт, творчество, талант, изобретательность, а кроме того – здравый смысл. Качественная оценка медицины не менее важна, чем ее стандартизация. В осмыслении Российского философа Ивана Ильина (1883-1954): *«Качество необходимо России: верные, волевые, знающие и даровитые люди; крепкая и гибкая организация; напряженный и добросовестный труд; выработанный первосортный продукт; высокий уровень жизни. Новая, качественная эпоха нужна нашей Родине. Эпоха, которая довершила бы всё упущенное за время перегруженности и беспечности, которая исцелила бы, зарастила бы все язвы революционного времени»*. – И.Ильин (1927).

Представляет интерес эволюция и современные тенденции двух взаимодополняющих характеристик медицины – ее стандартизации и персонификации.

Стандартизация может принимать уродливые формы. Пример – идеологический «буран» в 1948-1950 гг. в СССР: борьба с вейсманизмом-морганизмом, разгром генетики... Последовавшие приказы о положении в биологической науке привели к многим негативным последствиям. Одним из них является создание, а затем, к сожалению, упразднение НИИ по биологическому испытанию химических соединений (1971-1984; директор – проф. Л.А.Пирузян). Проводившиеся испытания создавали основу нового направления в медицинской науке – фармакогенетики. Востребованность этих исследований (см. ниже), определяющих персонификацию медицины, стала очевидной в наши дни; однако в те годы они опередили время и не были оценены современниками.

Как отмечено выше – стандартизация в медицине XXI века достигла наибольшего выражения. Ярким примером являются США, где стандарты предусматривают обязательные тома документации, бесчисленные подписи как врачей, так и пациентов и многое, многое другое. Однако в этой стандартизации присутствует неизбежная составляющая – здравый смысл. Стандарты меняются применительно к нуждам конкретной обстановки. Применяются дюймы, мили, фунты, пинты и баррели – и все это несмотря на общепризнанность метрической системы; используется шкала градусов Фарангейта наряду со шкалой Цельсия, и наконец допускается вообще немислимое – возможность назначения незарегистрированных лекарственных средств.

Допущения возможны, если подкреплены знаниями, навыками, опытом, творчеством, талантом врачей, которые к тому же руководствуются здравым смыслом. Иными словами – стандартизация медицины связывается с персонификацией лечения.

Вехи истории индивидуализированной медицины – это успехи переливания крови, трансплантации тканей и органов... Дальнейшие возможности персонификации лечения стали раскрываться по мере реализации геномного проекта. Геномный проект потребовал 13 лет разработок и обошелся в 3 миллиарда долларов. Расшифровка генома человека представлена 31 мая 2007 г. лауреатом Нобелевской премии Джеймсом Уотсоном – одним из соавторов создания модели (расшифровки кода) ДНК. Работа над проектом проходила под патронажем высших должностных лиц страны («Senator Barack Obama introduced the Genomics and Personalized Medicine Act...»). Среди требований к Проекту указывалась необходимость индивидуализации диагностических исследований, протоколов, назначений...Предусматривалось, что новые знания, основанные на достижениях генетики и информационных технологий, могут обеспечить новую, персонифицированную медицину.

Таким образом, оформилось принципиальное противоречие современной медицины. Стандартизация лечения исходит из предположения о том, что *все люди одинаковые*, однако расшифровка генома человека, его персонификация, обосновывает тот факт, что *все люди разные (!)*.



Прогресс в области генетических исследований позволил компании Ion Torrent создать (2012) прибор будущего – секвенатор (рис.). За 2 часа работы прибор может открыть всю последовательность генома человека. При этом стоимость работы не превысит \$1000. Секвенирование генома позволяет определить генетический паспорт и на этой основе обеспечить дальнейшее развитие молекулярной диагностики, определение биомаркеров, создание (в перспективе – Всемирного) биобанка крови и тканей.

Рис. Секвенатор компании Ion Torrent; 2012.

Дальнейшее развитие персонализации медицины позволит улучшить доклиническую диагностику и целевую профилактику заболеваний (preventive medicine); назначать персональное лечение с применением методов геномной и клеточной терапии, тканевой и органной инженерии, совершенствовать прогнозирование в медицине (predictive medicine). Значение предсказательной и профилактической медицины несомненно в лечении больных наследственными, инфекционными, психическими, онкологическими заболеваниями. Прогресс будет обусловлен более эффективным выбором лекарственной терапии, повышением безопасности и снижением побочных действий лекарственных средств (клиническая фармакогенетика), прогнозированием развития устойчивости к препаратам. Кроме того, улучшатся возможности неонатального скрининга, диагностики и лечения орфанных болезней, андрогенитального синдрома, галактоземии, муковисцероза, фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза.

В развитии клинической фармакогенетики (изучении ответа на лекарства в зависимости от генетических особенностей человека) очевидна важность прогноза эффективности и безопасности препаратов, и в этой связи – востребованность разработок неосновано упраздненного в 1984 г. НИИ по биологическому испытанию химических соединений.

Вновь обратимся к принципиальному вопросу: *что* или *кого* лечить – болезнь или больного? Очевидно, что следует *лечить не болезнь, а больного*. То есть, в соответствии с положениями персонализированной медицины, *пациента нужно обеспечить теми методами лечения и лекарствами, которые помогают именно ему*.

Разработка данного направления предусматривает продолжение активных исследований в области фармакогенетики, геномной и таргетной терапии, иммунотерапии, персональной геномной медицины и хирургии. Очевиден интерес к данным проблемам, которые обсуждались на Всемирном экономическом форуме в Давосе (2005), симпозиумах в хирургическом центре ДеБейки в Хьюстоне, штат Техас (2008 и 2010), в работах специалистов «Европейской ассоциации предиктивно-превентивной и персонализированной медицины» (с 2011). В этой связи создание на базе Московской медицинской академии им. Сеченова Института молекулярной медицины, а также издание журнала «Молекулярная медицина» представляют несомненный интерес. *«Мы вступаем в новую эру, в которой не может быть одного размера для всех» Карин Вейер, эксперт ВОЗ, 2012.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В здравоохранении необходимы стандарты. Однако, значение медицинских стандартов ограничено (метрологией, требованием к оборудованию, техническим обеспечением, др.). В диагностике и лечении стандарт или протокол является лишь ориентировочной основой для действий врача. В ближайшие годы предстоит постепенный переход к персональной медицине.

Послесловие: Академик РАМН, проф. Михаил Израилевич ПЕРЕЛЬМАН (20.12.1924-29.03.2013) – советский и российский торакальный хирург, ученый, обладатель энциклопедических знаний.

М.И.ПЕРЕЛЬМАН родился 20 декабря 1924 года в Минске, в семье врачей. Закончил школу в 1941 г. в Витебске (учился на отлично, был победителем соревнований по боксу и борьбе). В 1941-45 гг. вместе с отцом-хирургом работал субординатором в больницах и госпиталях, совмещая работу с учебой в медицинском институте. Получил врачебный диплом с отличием (1945). Работал врачом, заведующим хирургическим и нейрохирургическим отделениями, консультантом межобластного туберкулезного госпиталя, ассистентом кафедр нормальной анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, госпитальной хирургии. Защитил кандидатскую («Клинические и анатомические материалы к операции Лериша на бедренной артерии»; 1947), а в последующем – докторскую диссертацию («Резекция легких при туберкулезе»; 1961).

В 1963-1981 гг. – руководитель отделения грудной хирургии НИИ клинической и экспериментальной хирургии. В 1988-2013 гг. – руководитель НИИ фтизиопульмонологии. Профессор (1964), чл.-корр. (1980), академик (1986) Академии медицинских наук. Заслуженный деятель науки РФ. Кавалер 7 правительственных наград. Лауреат Государственных (1974; 1997) и правительственных (1985; 1991) премий; премий имен выдающихся деятелей отечественной медицины – А.Н.Бакулева (1977), Н.И.Пирогова (1978), С.И.Спасокукоцкого (1989), П.А.Герцена (1995); награжден золотой медалью Б.В.Петровского (1999).

М.И. Перельман выполнил более 3500 операций на органах грудной клетки. Автор 24 монографий, 32 глав в отечественных и зарубежных книгах и руководствах, 35 статей в энциклопедиях, 250 статей в отечественных и зарубежных журналах, 9 научных и учебных фильмов. Научный руководитель 68 кандидатских и консультант 25 докторских диссертаций. (Интернет)

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Рефераты сообщений:

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY
(№ #597; April 25, 2013)****THE TREATMENT STRATEGY FOR RETROPERITONEAL CARCINOMAS**

Report-1: THE RESULTS OF SURGERY AND PROGNOSIS IN PRIMARY AND RECURRENT RETROPERITONEAL TUMORS. By Prof. L.Vashakmadze, Dr. V.Cheremisov, Dr. V.Khomiakov et al. (The P.A.Hertzen Moscow Research Institute of Oncology).

Report-2: THE PROGRESS IN SURGERY FOR RETROPERITONEAL SARCOMAS. By Prof. I.Stilidi, Dr. M.Nikulin, Dr. G.Gubina et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Доклад:**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИИ И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА
ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ВНЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ**

Вашакмадзе Л.А., Черемисов В.В., Хомяков В.М.

(МНИОИ им. П.А. Герцена; директор – чл.-корр. РАМН, проф. А.Д. Каприн)

Хирургический метод при внеорганных забрюшинных опухолях является основным. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения остаются малоудовлетворительными. Частота выполнения радикальных и условно радикальных операций колеблется от 43% до 95% (Цвиркун В.В. 2000; Стилиди И.С. с соавт. 2006; Erzen D. et al. 2005; Windham T.C. et al. 2005).

При местнораспространенном процессе почти каждая десятая операция становится эксплоративной; частота рецидивов превышает 50% (Цвиркун В.В. 2000; Jaques D. Et al. 1995; Heslin M. et al. 1997; Manal M. El-Baradi et al. 2003). Основными причинами нерезектабельности являются: связь опухоли с органами брюшной полости, магистральными сосудами и костными структурами (Вашакмадзе Л.А., Черемисов В.В. 2008).

С 1990 по 2012 гг. в МНИОИ им. П.А.Герцена проведено лечение 197 больных первичными и рецидивными внеорганными забрюшинными опухолями; в 93,5% случаев опухоли были злокачественными.

Среди гистологических форм преобладали (66,4%) опухоли мезенхимального происхождения – липосаркомы (30,6%) и лейомиосаркомы (13,8%). Нейроэктодермальные опухоли диагностированы в 11% наблюдений; десмоидные фибромы составили 15,3%, недифференцированные саркомы – 3,6%. Высокая степень дифференцировки (G1) диагностирована в 42% случаев, умеренная (G2) – в 10%, низкодифференцированные опухоли (G3) выявлены в 13,5% наблюдений, дедифференцированные (G4) – в 1,5%.

Выполнено, включая повторные операции по поводу рецидивов, 235 оперативных вмешательств у 168 больных. Операбельность составила 168 из 197 (85%), резектабельность – 226 из 235 (96%). Резекции в объеме R0 проведены в 199 (85%) наблюдениях, в объеме R1/R2 – в 28 (12%).

У большинства больных при ревизии выявлялись местнораспространенные опухоли с вовлечением в патологический процесс органов брюшной полости, забрюшинного пространства, магистральных сосудов. Это потребовало выполнения комбинированной операции у 154 (65%) больных. Операции сопровождалась резекцией толстой кишки (40; 26%), резекцией/удалением почки (37; 24%), магистральных сосудов (25; 16%) и поджелудочной железы (18; 11%). Операции выполнялись с резекцией одного органа в 53% случаев, двух органов – в 24,4%, трех – в 19%, четырех и более органов – в 4,8%. У одного больного (1,1%) произведена резекция семи органов и анатомических структур.

Комбинированное оперативное вмешательство с резекцией магистральных сосудов выполнено у 25 (16%) больных, у 7 (4,5%) из них произведена резекция подвздошных сосудов с протезированием, у 16 – краевая резекция магистральной вены (нижней полой, воротной, подвздошной, верхней брыжеечной), у 2 пациентов распространенность опухолевого процесса потребовала резекции и перевязки внутренних подвздошных артерии и вены.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 9 (5,3%) больных, послеоперационная летальность составила 4,8%.

Летальные исходы отмечены преимущественно после значительных по объему оперативных вмешательств по поводу массивных местнораспространенных опухолей. Выполнение комбинированных операций сопровождалось некоторым увеличением частоты осложнений – до 32,2%. Повторные операции по поводу рецидивов характеризовались 14,3% осложнений.

Объем интраоперационной кровопотери был достоверно связан с характером и объемом оперативного вмешательства. Средняя кровопотеря при «стандартной» операции составила $2072,4 \pm 592,9$ мл, при комбинированной — $4347,1 \pm 787,0$ мл. Повторные оперативные вмешательства по поводу рецидивов не сопровождались значительным объемом кровопотери. Необходимо отметить, что, большинство хирургических вмешательств при местнораспространенных опухолях выполнялись с применением современных технологий кровезамещения, в том числе — использованием аппарата для реинфузии аутокрови «sell saver».

При сравнительной характеристике данных интраоперационной ревизии и результатов гистологического исследования установлено, что из 140 наблюдений, в которых была отмечена связь опухоли с прилежащей анатомической структурой, истинная инвазия подтверждена лишь в 35,7% наблюдений. Истинная инвазия стенки магистрального сосуда выявлена в 7,8%; инвазия в костные структуры — у 16,6% больных.

У 53 больных, направленных в МНИОИ им. П.А.Герцена из других учреждений были выполнены эксплоративные или нерадикальные операции (сопряженные с продолженным ростом/рецидивом опухоли). Из них 40 пациентам нам удалось выполнить операцию в радикальном объеме (R0). Еще 2 радикальные операции выполнены больным, которым была назначена симптоматическая терапия в связи с предполагавшейся генерализацией заболевания.

Общая 3-5-10-летняя выживаемость оперированных по поводу первичной или рецидивной внеорганической забрюшинной опухоли составила 84,2; 75,7; 64,2% соответственно, при медиане выживаемости $50 \pm 5,6$ мес. Показатели 3-5-10-летней выживаемости после комбинированных операций соответствовали 89,7; 84,0; 84,0%, после «стандартных» — 78,9; 71,0; 55,2% (различия, однако, не достигли статистической достоверности).

Независимыми прогностическими факторами являются инвазия стенки магистрального сосуда ($p=0,05$) и радикальность выполненной операции ($p=0,0001$). Показатель 5-летней выживаемости у оперированных в объеме R1/R2 составил 25,0%; у оперированных в объеме R0 — 95,7%. Наличие остаточной опухоли (резекция в объеме R1/R2) и опухолевая инвазия стенки магистрального сосуда являются неблагоприятными факторами прогноза, однако выполнение радикальной операции позволяет добиться 5-летней выживаемости у 95,7% больных.

После операций по поводу рецидивов 3-5-10-летняя выживаемость составила 78,6; 69,8; 52,4% соответственно. У оперированных радикально эти показатели составили 82,5; 76,1; 61,5%; после паллиативных операций 5 лет прожили 50% больных, но 10-летний рубеж не пережил ни один из пациентов.

Повторные оперативные вмешательства по поводу рецидивов ретроперитонеальных сарком высоко эффективны. Факторами риска местного рецидива является размер опухоли ≥ 10 см и ее локализация преимущественно в левой боковой области (во II анатомической зоне забрюшинного пространства согласно топографической схеме, предложенной В.В.Цвиркуном; 2000).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечебно-тактическими ошибками, приводящими к необоснованным эксплоративным и неадекватным оперативным вмешательствам при внеорганических забрюшинных опухолях являются: неполное обследование и ошибочная интерпретация данных предоперационной диагностики, отсутствие морфологической верификации, неадекватный выбор оперативного доступа, ошибочная трактовка интраоперационных данных о нерезектабельности опухоли вследствие ее ограниченной подвижности и при подозрении на связь с магистральными сосудами и соседними органами.

Более чем у половины больных (65%), подвергшихся необоснованным эксплоративным операциям в последующем удается выполнить операцию в радикальном объеме.

Оперативные вмешательства при внеорганических забрюшинных опухолях не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Частота радикальных операций (R0) при первичных опухолях составляет 91,2%. Частота послеоперационных осложнений не превышает 15%, летальность — 2,4%.

Хирургическое лечение является методом выбора при первичных и рецидивных внеорганических забрюшинных опухолях. Выполнение операции в радикальном объеме позволяет добиться 5- и 10-летней выживаемости у $75,7 \pm 4,0\%$ и $64,2 \pm 9,3\%$ больных. Медиана выживаемости соответствует $50 \pm 5,6$ месяцев; 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет $86,8 \pm 6\%$.

Повторные оперативные вмешательства по поводу рецидивов ретроперитонеальных сарком не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений (14,3%) и имеют высокую эффективность, позволяя добиться 5- и 10-летней выживаемости у $76,1 \pm 9,3\%$ и $61,5 \pm 12\%$ больных при условии полной циторедукции (R0).

Доклад, видеофильм: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ЗАБРЮШИННЫХ САРКОМ

Стилиди И.С., Никулин М.П., Губина Г.И., Давыдов М.М., Меликов С.А., Назлиев П.Б., Болотский В.В.
(РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

Основным методом лечения больных забрюшинными саркомами остается хирургическое вмешательство. В абдоминальном отделении РОНЦ показания к удалению забрюшинных опухолей расширяются благодаря внедрению современных хирургических технологий. С 2005 по 2012 гг. оперировано 33 больных. Операции выполнялись в случаях инвазии опухолей в нижнюю полую вену, аорту, подвздошные сосуды, почку, другие анатомические образования (рис. 1-4).

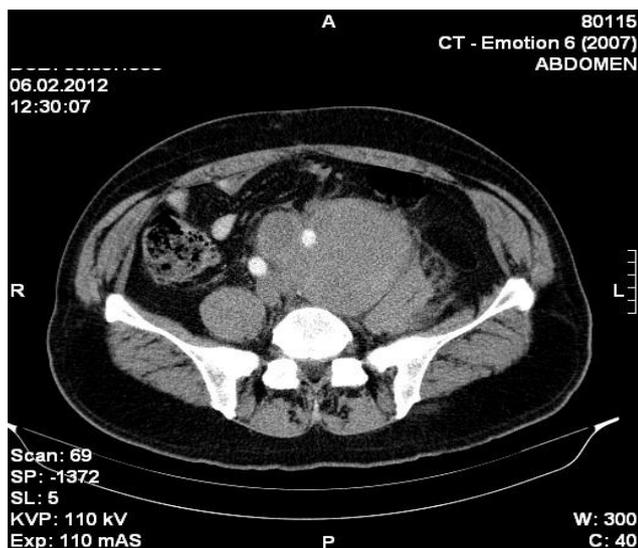


Рис. 1. Забрюшинная липосаркома с вращением в левую подвздошную артерию.

Рис. 2. Резекция и пластика левой подвздошной артерии. Проксимальный конец протеза левой наружной подвздошной артерии имплантирован в правую общую подвздошную артерию.

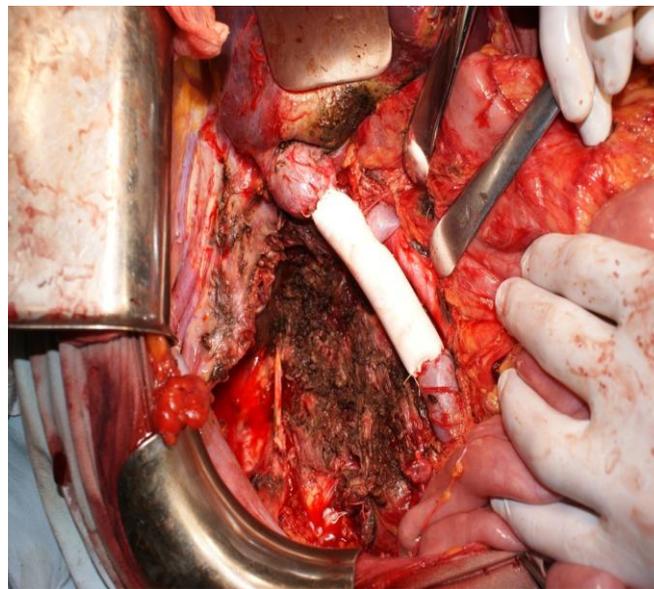
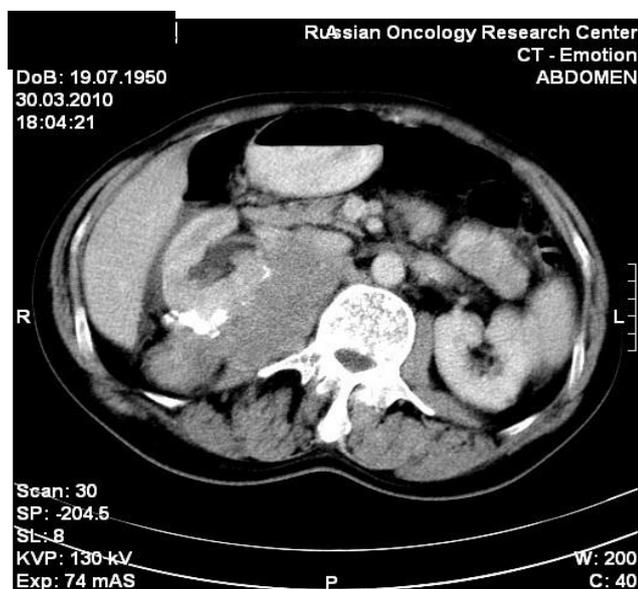


Рис. 3. Забрюшинная липосаркома с вращением в нижнюю полую вену.

Рис. 4. Резекция и пластика нижней полой вены с имплантацией левой почечной вены в протез.

При локализации забрюшинных опухолей в правом латеральном канале нередко выявлялось их вращение в нижнюю полую вену. Удаление опухолей достигалось выполнением продольной или циркулярной резекции, в 3 случаях – с протезированием нижней полой вены. При локализации забрюшинных сарком в левом латеральном канале или в тазу отмечалось прорастание опухоли в аорту или подвздошные сосуды; 8 операций выполнены с резекцией и пластикой подвздошных артерий. Удовлетворительные непосредственные результаты отмечены при липосаркомах (5), лейомиосаркомах (2), шванноме. Достигнуто существенное продление жизни. В отдаленные сроки от прогрессирования заболевания умерли 2 пациента, оперированных по поводу лейомиосаркомы.

Важным направлением современной хирургии забрюшинных опухолей является выполнение «нефросохранных» операций при вовлечении опухолью жировой капсулы почки. Возможны два вида поражения почки: «муфтообразное» вовлечение почки и/или ее сосудистой ножки, либо вовлечение одного из полюсов также с поражением почечных сосудов. Часто удаляется не только жировая, но и фиброзная капсула почки. Как показания к сохранению почки рассматриваются следующие: сниженная функция контрлатеральной почки, необходимость проведения послеоперационной химиотерапии, техническая возможность сохранения почки. Нами выполнено 19 «нефросохранных» операций с благоприятными непосредственными результатами.

Современные технологии в хирургии забрюшинных сарком позволяют расширять показания к резекции и пластике магистральных сосудов, выполнению «нефросохранных» операций. Поиск активных химиопрепаратов и режимов лучевой терапии не привел к явному улучшению выживаемости. Таким образом, Основным методом лечения больных забрюшинными саркомами остается хирургический. Основными факторами, влияющими на продолжительность жизни, являются радикализм операции, степень дифференцировки и гистологический тип опухоли. Анализ результатов хирургического лечения больных забрюшинными внеорганными опухолями показал, что 5-летняя выживаемость при липосаркомах составляет 55% (Стилиди И.С., Неред С.Н., Болотский В.И., 2012), при нейрогенных опухолях – 63% (Меликов С.А., 2012), при плеоморфных саркомах – 31% (Стилиди И.С., Назлиев П.Б., 2007).

Предлагаемый ВИДЕОФИЛЬМ иллюстрирует наиболее важные положения современной хирургии забрюшинных внеорганных опухолей. В фильме показаны основные хирургические приемы удаления гигантских забрюшинных сарком, убедительно демонстрированы возросшие возможности радикального удаления забрюшинных злокачественных новообразований.

Продолжительность видеофильма – 20 минут.



ПРОВОЗВЕСТНИК – 2013

ЗАСЕДАНИЕ № 598 (30 МАЯ 2013 Г.) АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ

Тема заседания еще не определена окончательно.

См. сведения о предстоящих заседаниях на онкологических сайтах,

ЗАСЕДАНИЕ № 599 (13 /20/ ИЮНЯ 2013 Г.)

- Наследие профессора Б.Е.Петерсона; к 90-летию со дня рождения (14.06.1923).

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)

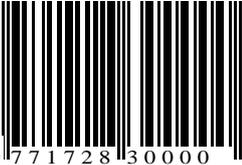
УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

 ISSN 1728-3000  9 771728 30000	Почетный Председатель Московского Онкологического общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1970
	Председатель Московского Онкологического общества	академик РАН, проф. Михаил Романович ЛИЧНИЦЕР Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1890
	Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ т. (+7) 495 741-9265 (моб.) E-mail: volkov_sm@mail.ru
	Заместители главного редактора	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /499/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /499/ 324-9714 Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /499/324-9464
	Секретарь	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /499/324-11-15
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Апрель 2013; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 15.03.2013; Заказ 666		

